Aus der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr. med. H. A. Kühn

Zur Pathogenese des gastro-duodenalen Ulcus
Vergleich von ausländischen und deutschen Patienten

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Ali Ide
aus Bouetate/
Syrien

Würzburg, den 3. März 1980

Aus der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr. med. H. A. Kühn

Zur Pathogenese des gastro-duodenalen Ulcus
Vergleich von ausländischen und deutschen Patienten

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Ali Ide
aus Bouetate/
Syrien

Würzburg, den 3. März 1980

Referent: Professor Dr. med. L. Maiwald

Korreferent: Professor Dr. med. H. A. Kühn

Dekan: Professor Dr. med. K.-H. Wulf

Tag der mündlichen Prüfung: 6. Juni 1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität Würzburg

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Einleitung	1
II. Allgemeiner Teil	2
A) Allgemein bekannte Faktoren, welche zu einer Ulcuserkrankung führen	2
B) Heutige Bewertung psychischer Faktoren für das Entstehen eines Magen- und Duodenalulcus	5
C) Epidemiologische Gesichtspunkte für Ulcushäufigkeit und Ulcusvorkommen	12
III. Fragestellung	15
IV. Patientengut und Untersuchungsverfahren	16
A) Besonderheiten des Patientengutes aufgrund der Zuweisung	16
B) Besonderheiten der Diagnostik des Hauses (Gastroskopie, Röntgen, Sekretionsanalyse)	17
C) Kriterien der Auswertung	18
V. Ergebnisse	19
A) Vorstellung des untersuchten Krankengutes	19
B) Ergebnisse aus der Gruppe der Gastarbeiter	21
C) Ergebnisse aus der Gruppe der deutschen Ulcuspatienten	22
D) Gegenüberstellung	24
VI. Diskussion	29
A) Diskussion des Patientengutes und der Befunderhebung, sowie der Diagnostik	29
B) Diskussion der Ergebnisse	34
C) Praktische Bedeutung der Befunde für eine Bewertung und Behandlung der Ulcera bei Gastarbeitern und bei deutschen Patienten	37
VII. Allgemeine Zusammenfassung	42
VIII. Literaturverzeichnis	43

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543521_0016

I. Einleitung

Auffallend häufig finden sich Ulcera duodeni mit entsprechenden Beschwerden bei Gastarbeitern. Als Erklärung reicht die Annahme des Mißverhältnisses aggressiver und defensiver Faktoren an der Duodenalschleimhaut nicht aus. In der vorliegenden Untersuchung wird versucht zu prüfen, welche zusätzlichen Faktoren entscheidend sind für die große Krankheitshäufigkeit bei Gastarbeitern. Die Wertigkeit der pathogenetischen Faktoren wird mit einer deutschen Ulcuspatientengruppe verglichen.

II. Allgemeiner Teil

A) Allgemein bekannte Faktoren, welche zu einer Ulcuserkrankung führen

DEMLING beginnt seine Ulcusvorträge (13) häufig mit dem Satz: Die Äthielogie des peptischen Geschwürleidens ist unbekannt.
In diesem Sinne blieb und bleibt bis in die Gegenwart kein einziges pathologisches Prinzip der Ulcuskrankheit unwidersprochen. Meistens besteht jedoch die Meinung, daß die Pathogenese des Ulcus duodeni im großen und ganzen auf drei pathogenetischen Prinzipien basiert (6):

Das 1. Prinzip: Zuviel Säure und Pepsin im Bulbus duodeni und damit Vermehrung der aggressiven Faktoren. Seit über 100 Jahren steht dieses Prinzip im Mittelpunkt aller pathogenetischen Überlegungen. Verschiedene Arbeitsgruppen haben versucht, dieses Prinzip zu objektivieren und haben den Säure- und Pepsingehalt im Bulbus duodeni bei Patienten mit Ulcus duodeni und Kontrollpersonen bestimmt Hierbei wurden z. T. widersprüchliche Befunde erhoben (8, 4, 32).
Obwohl die Hypersekretionstheorie strittig ist (Hypersekretion ist eine Folge und keine Ursache), und obwohl die Kenntnisse der Säuresekretion im Einzelfall es nicht erlauben, auf einen potentiellen Ulcusträger zu schließen, (36) bleibt die Hypersekretion von Säure und Pepsin als entscheidender pathologischar Faktor der Ulcuskrankheit bestehen. Für das Zuviel an Säure und Pepsin im Bulbus duodeni werden Hypersekretion von Säure und Pepsin im Magen, die abnorme beschleunigte Magenentleerung und die gestörte Säureneutralisation hauptsächlich verantwortlich gemacht.
Die säurebildenden Parietalzellen werden nach heutigem Wissen hauptsächlich nerval durch den Vagus, hormonal

durch das Gastrin und lokal durch das Gewebshormon Histamin stimuliert.

Das 2. Prinzip: Herabgesetzte Duodenalschleimhautresistenz gegenüber den aggressiven Faktoren. Die Schleimhautresistenz beruht auf drei in ihrer Wirkung teilweise gekoppelten Mechanismen: Mukussekretion, Epithelregeneration und Durchblutung. So können eine ungenügende Schleimhautdurchblutung, eine verminderte oder fehlerhafte Regeneration des Schleimhautepithels und eine verminderte oder fehlerhafte Schleimsekretion die Schleimhaut im Bulbus duodeni ihres Schutzes berauben, gegenüber den aggressiven Faktoren Säure und Pepsin (einschließlich exogenen Stoffen wie Medikamenten) und für die Ulcusentstehung eine Möglichkeit schaffen.

Das 3. Prinzip: Die ulcerogene Wirkung des zentralen Nervensystems. Das Wissen über die Rolle des zentralen Nervensystems in der Ulcuspathogenese ist sehr lückenhaft. Zwar ist anerkannt, daß Streß, Aufregung, berufliche Überlastung und andere Attribute der Leistungsgesellschaft ulcerogen wirken, bis heute wurden jedoch kaum fundierte Untersuchungen an Menschen durchgeführt, welche dies beweisen. Auf einen erhöhten Vagotonus als Ursache der Säurehypersekretion hat GÜNSBURG im Jahre 1852 bereits aufmerksam gemacht (19). Die Vorstellung, daß eine erhöhte Aktivität des Vagus für die gesteigerte Magensekretion verantwortlich ist, basiert einmal auf der Beobachtung, daß Ulcus-duodeni-Patienten nachts mehr sauren Magensaft produzieren als Magengesunde (23). Auch die erhöhte Säuresekretion während einer Scheinfütterung, einer besonderen Form der vagalen Stimulation, ist ein wichtiges Argument für die Bedeutung eines erhöhten Vagotonus. Tierexperimentell ließ sich zeigen, daß die Stimulation der anterioren Hypothalamusabschnitte zu einem Anstieg der Säuresekretion führt. Auch Ulcera und Erosionen im gastrointer-

stinalen Trakt wurden nach Stimulation des Hypothalamus beobachtet. Bemerkenswert ist, daß das Auftretan dieser Ulcera nicht mit einem Anstieg der Säuresekretion korreliert (5).
Dieser letzte Befund zeigt, daß die ulcerogene Wirkung des zentralen Nervensystems nicht allein über den Vagus vermittelt wird. Es ist möglich, daß vielleicht über adrenerge Mechanismen die Resistenz der Schleimhaut durch eine verminderte Schleimhautdurchblutung, eine verzögerte Epthelregeneration oder durch fehlerhafte Schleimhautproduktion herabgesetzt wird.
Darüberhinaus werden noch eine Reihe anderer Faktoren als Ursachen für die Entstehung eines Duodenalgeschwürs diskutiert. Es gibt mehrere Medikamentengruppen (Salycylate, Corticosteroide, Indometacin, Phenylbutazon) welche das Entstehen peptischer Geschwüre verursachen können. Nach Beobachtungen von GILLIES und SKYRING ist der kausale Zusammenhang zwischen Ulcuskrankheiten und Salicylaten am wahrscheinlichsten (16). Bekannt ist auch das Ulcus als Zweitkrankheit. Eine Häufung von Duodenalgeschwüren wird bei zahlreichen anderen chronischen Erkrankungen beobachtet, wie chronischer Bronchitis, Hyperparathyreoidismus, primär chronische Polyarthritis, Leberzirrhose und Pankreaserkrankungen. Die Ursache hierfür stellt nach der Meinung mehrerer Autoren eine monotone Gewebsreaktion auf verschiedene Noxen dar.

Zusammenfassend wird nach moderner Auffassung die Ulcusentstehung auf aggressive und defense Mechanismen zurückgeführt, die auf die Magenschleimhaut einwirken. Unter defensiven Mechanismen versteht man die Widerstandskraft der Schleimhaut, die lokale Durchblutung, den Schutz durch Schleimauflage und andere Faktoren, unter aggressiven Mechanismen die Salzsäure und Pepsinsekretion, die nervöse und hormonale Stimulation, die Vermehrung der Belegzellmasse und die Schädigung der Schleimhaut. Eine

Verstärkung der aggressiven oder eine Verminderung der defensiven Mechanismen verursachen eine Erhöhung der potentiellen Ulcuswahrscheinlichkeit

B) Die heutige Bewertung psychischer Faktoren für das Entstehen eines Magen- und Duodenalulcus

Die ersten systematischen psycho-physiologischen Untersuchungen über die Beziehungen zwischen affektivem Verhalten und Magenfunktion bei Menschen sind von WOLF und WOLFF (35) im Jahre 1944 publiziert worden. Sie versuchten, die Funktionsabläufe direkt an einem fünfmarkstückgroßen, hernienartigen, vortretenden Stück der Magenschleimhaut eines Probanden mit einer Magenfistel zu beobachten. Zahlreiche mechanische und chemische wie auch physiologische Reize wurden auf ihre Wirkungen geprüft. In der Beziehung zwischen affektivem Verhalten und Magenfunktion wurden bei den Versuchspersonen zwei Reaktionstypen gefunden:

a) Hyperreaktion bei Wut, provozierenden Gesprächen und Unruhe mit Zunahme der Salzsäuresekretion und Steigerung der Motilität und Durchblutung. WOLF und WOLFF (35) sprechen von innerer Konfliktsituation mit Angriffs- und Abwehrwunsch.
b) Verminderte Reaktion bei depressiver Verfassung mit Einschränkung der Motilität, der Durchblutung und der Salzsäuresekretion. WOLF und WOLFF (35) sprechen hier von Tendenzen zur Flucht oder zum Ausweichen vor affektgeladenen Situationen.

Neben diesen beiden Reaktionstypen ließen sich auch Mischungen von Hyper- und Hypofunktionen nachweisen (10). Sehr große Beachtung fand eine von MIRSKY (28) durchgearbeitete Hypothese für die Pathogenese des Ulcus duodeni. Nach MIRSKY kommt es zu einem Ulcus, wenn ein Mensch mit einer physiologischen Praedisposition, die in einer an-

geborenen Hypersekretion besteht, in eine bestimmte sozial-psychologische Situation kommt. Diese mobilisiert einen relativ spezifischen psychischen Konflikt, der zu einer psychischen Spannung und deren physiologischen Begleiterscheinungen führt. Das Ulcus entsteht oft dann, wenn die Wünsche nach Abhängigkeit durch besondere Anforderung der Umwelt frustriert werden. Ein Geborgenheitsverlust durch freiwilligen oder unfreiwilligen Ausschluß aus einer bergenden Gemeinschaft geht nicht selten dem Ulcus voraus (21).

MIRSKY und Mitarbeiter (29) bestätigten in ausgedehnten prospektiven psychosomatischen Untersuchungen zwischen 1952 und 1957 die Hypothese, daß zur Entstehung und Fortdauer des Duodenal-Ulcus drei Parameter beitragen, ein psychologischer, ein physiologischer und ein soziologischer. Als physiologischer Parameter dienten die Pepsinkonzentrationen im Serum. Die Umstellung während der Grundausbildung beim Militär betrachten sie als eine ulcusbegünstigende psychophysische Belastung. Sie sortierten eine Gruppe mit gesteigerten Pepsinogen-Werten (Hypersekretoren), sowie eine Gruppe mit herabgesetzten Serum-Pepsinogen-Werten (Hyposekretoren). Die Gruppe mit hoher Pepsinogenkonzentration zeigte besonders intensive Wünsche nach Abhängigkeit, Anlehnung, körperlichem Kontakt und Nahrung. Bei dieser Gruppe fand sich auch eine deutlichere Aggressionshemmung als bei den Hyposekretoren. Um ihre Hypothese zu verifizieren, daß beide Faktoren - Hypersekretion und ein spezifischer Konflikt in einer Belastungssituation - für die Entstehung von Duodenalulcera verantwortlich seien, wählten MIRSKY und Mitarbeiter zehn Hypersekretoren mit besonders deutlicher Abhängigkeitsproblematik aus, in der Annahme, daß sie während ihrer militärischen Ausbildung ein Ulcus bekommen würden. In sieben von zehn Fällen traf die Vorhersage zu. MERSKY und Mitarbeiter fanden außerdem, daß die Intensität der Abhängigkeitswünsche das entscheidende Kriterium bei Hypersekretoren gegenüber denen, die ein

Ulcus entwickeln und solchen, die gesund bleiben, ist (29). ALEXANDER (2) glaubt ebenfalls an eine typische Konfliktsituation für die Ulcusentstehung: Die Kranken hätten den Wunsch, in der abhängigen infantilen Situation zu verbleiben, geliebt und versorgt zu werden, gleichzeitig strebe das erwachsene Ich nach Unabhängigkeit, Leistung und Selbstgenügsamkeit.
ALEXANDER meinte, wenn der Wunsch, beschenkt zu werden, geliebt zu werden, von anderen abhängig zu sein, vom erwachsenen Ich abgelehnt oder durch äußere Umstände versagt wird und infolgedessen keine Befriedigung in menschlichen Beziehungen finden kann, dann wird häufig eine regressive Bahn beschritten. Der Wunsch, geliebt zu werden, verschiebt sich in den Wunsch, gefüttert zu werden. Das verdrängte Verlangen nach Liebe und Hilfe mobilisiert die Mageninnervation. Die Aktivierung dieses Prozesses gibt einen chronischen Reiz für die Magenfunktion ab. Da diese Anregung des Magens nicht mit normalen physiologischen Reizen, wie dem Bedürfnis nach Nahrung, zu tun hat, sondern aus emotionalen Konflikten entspringt, die gänzlich unabhängig von dem physiologischen Zustand des Hungers sind, kann sie zu einer Dysfunktion des Magens Anlaß geben. In einer solchen Situation verhält sich der Magen ständig so, als ob Speise aufgenommen würde oder vor der Aufnahme stünde. Je größer die Ablehnung jeder rezeptiven Befriedigung ist, um so größer muß auch dieser unbewußte Hunger nach Liebe und Hilfe werden. Der Patient verlangt nach Nahrung als einem Symbol für Liebe und Hilfe viel mehr als nach Sättigung eines physiologischen Bedürfnisses. Es ist naheliegend, anzunehmen, daß diese stete chronische emotionale Reizung des Magens ähnlich derjenigen ist, die vorübergehend bei der Nahrungsaufnahme auftritt, mit dem Ergebnis einer chronischen Hypermotilität und Hypersekretion. Der leere Magen wird so ständig den gleichen physiologischen Reizen ausgesetzt, denen er unter normalen Bedingungen nur perio-

disch, wenn er mit Speisen gefüllt ist oder unmittelbar vor deren Aufnahme steht, ausgesetzt ist. Nach ALEXANDER haben der chronische Erregungszustand des Magens und die chronische Sekretion des Magensaftes eine größere Bedeutung bei der Ulcuspathogenese als der absolute Aciditätgrad. Die Experimente von SILBERMANN (35) mit Scheinfütterungen von Hunden ergaben ebenfalls eine Bestätigung für die Theorie von ALEXANDER (2): Eine künstliche Oesophagusfistel wurde angelegt, so daß die von dem Hund verschlungene Nahrung sofort wieder herausfiel und niemals in den Magen gelangte. Der Hund schnappte den Bissen sofort wieder auf und wiederholte die Prozedur bisweilen bis zu einer Dreiviertelstunde. Eine so gewaltige Reaktion der Sekretion des leeren Magens führt nach SILBERMANN mit Regelmäßigkeit zur Ulcusbildung. Der ulcuskranke Mensch hat in vielen Beziehungen Ähnlichkeit mit SILBERMANNS Hund. Der Magen ist in einem Zustand ständiger Reizung, nicht als Ergebnis des Essens, sondern als Ergebnis verdrängter psychologischer Antriebe, geliebt und beschenkt zu werden oder mit Gewalt zu nehmen, was nicht freiwillig gegeben wird. Weil diese Tendenzen verdrängt und von der normalen Abfuhr durch das Wilkürverhalten abgesperrt sind, unterhalten sie eine ständige Spannung. Der mit dem Wunsch, gefüttert zu werden, eng assoziierte Wunsch, geliebt zu werden, erregt die Magentätigkeit auf parasympathischen Bahnen.
Von einigen Autoren wurde der Ehrgeiz der Ulcuskranken hervorgehoben, der auch als Form der Abwehr gegen die unbewußten Abhängigkeitsbedürfnisse angesehen wird. GLATZEL (17) nimmt aufgrund seiner Erfahrung an, daß ein Magengeschwür immer nur dann entsteht, wenn Menschen bestimmter Wesensart in bestimmte, immer gleiche Konfliktsituationen geraten. In einer experimentellen Untersuchung fand HECHT (22) bei Ulcuskranken ein besonders hohes Anspruchniveau, bei dem aber in der Realität die Leistungen weit hinter den Ansprüchen zurückgeblieben sind.

Über medizinisch-soziologische Verbindungen mit der Geschwürkrankheit liegen bereits viele Untersuchungen vor. In fast allen industrialisierten Ländern kommt die Geschwürkrankheit in den untersten Schichten besonders häufig vor, während sie mit zunehmender Höhe der sozialen Schicht an Frequenz abnimmt. Interessant sind auch die entsprechenden Ergebnisse von PFLANZ (31), der von 1956 bis 1958 bei allen Personen, die die medizinische Poliklinik der Universität Gießen aufsuchten, eine Fragebogenerhebung durchführte. Diese ergab eine deutliche Ulcushäufung bei folgenden Gruppen männlicher Patienten: Geschiedene, Heimatvertriebene, Angehörige der untersten Sozialschicht, in der Sozialschicht Abgestiegene, Arbeitslose, Patienten, die bei der amerikanischen Dienststelle arbeiten und Werkmeister.

In der Zusammenfassung seiner Ergebnisse unterscheidet PFLANZ (31) zwei Gruppen, die verschiedene Erklärungsmöglichkeiten der Ulcusgenese nahelegen:

1. Das Ulcus kommt häufiger bei Menschen vor, die aus einer Gemeinschaft ausgeschieden sind.
2. Das Ulcus kommt häufiger bei den Angehörigen der untersten Sozialschicht vor, die besonderen beruflichen Belastungen dadurch ausgesetzt sind, daß sie Vorgesetzte, aber keine Untergebenen haben.

Eine Arbeitsgruppe aus Psychosomatikern, Internisten und Chirurgen in der Universität Gießen hat aufgrund des Therapieverlaufes chronischer Ulcera und soziologischer Kriterien folgende charakteristische Gruppierung der Ulcuskranken ihres Krankengutes herausgearbeitet (30):

1. Psychisch gesunde Patienten mit intakten Ichfunktionen und stabilen Objektbeziehungen bekommen meist nur einmal in ihrem Leben ein Ulcus, wenn sie massiven psycho-sozialen Belastungen ausgesetzt sind.
2. Charakter-neurotische Patienten mit pseudounabhängigen Reaktionen oder zwangsdespressiven Zügen dekompensieren infolge von Kränkung, Versagung oder Liebesverlust mit einem Ulcus.

3. Für soziopathische Patienten, die durch Ichschwäche und passive Abhängigkeit schon auf geringe Versagenserlebnisse mit Krankheit reagieren, erfüllt das Ulcus am ehesten psychische Bedürfnisse.
4. Bei den im engeren Sinn psychosomatischen Patienten handelt es sich um ausdruckslose phantasiearme Persönlichkeiten mit starrer Lebensweise und mechanischer Objektbeziehung, für die das Ulcus nur eine von vielen psychosomatischen Reaktionen ist.
5. Die normopathischen Patienten schließlich sind überangepaßt, befinden sich als Arbeiter oder "kleine Angestellte" in einem chronischen selbstzerstörerischen Streß und können als Folge davon häufig an einem Ulcus erkranken.

Arbeiten am Chikagoer Institut für Psychoanalyse (3) lassen ebenfalls erkennen, daß Magensymptome und selbst Magengeschwüre sich häufiger in einer bestimmten Persönlichkeit entwickeln als in einer anderen. Es war aber nicht so sehr eine veränderte Persönlichkeit, die man als Charakteristikum für den Ulcuskranken fand, vielmehr eine typische Konfliktsituation, die sich in vielen unterschiedlichen Persönlichkeiten entwickeln kann. Man fand, daß der Wunsch, in Abhängigkeit der infantilen Situationen zu verbleiben, geliebt und versorgt zu werden, sich in einem Konflikt mit dem erwachsenen Ich befand und zwar mit dessen Stolz und Streben nach Unabhängigkeit, Leistung und Selbstgenügsamkeit. Diese beiden gegensätzlichen Tendenzen verstärken sich gegenseitig in einer charakteristischen Weise. In ihrem äußeren Verhalten zeigen viele Ulcuskranke eine übertrieben aggressive, ehrgeizige und unabhängige Haltung. Sie wollen keine Hilfe annehmen und laden sich alle mögliche Verantwortlichkeit auf die Schultern - der Typus, den man so oft unter tüchtigen Geschäftsleuten findet. Dies ist eine Reaktion auf ihre starke, aber unbewußte Abhängigkeits- und Anlehnungsbedürftigkeit. Der dauernde Kampf um die exzessiven Verantwortlichkeiten verstärken den Wunsch nach

menschlichen Beziehungen, in denen sie eine abhängige Rolle spielen können. In den Tiefen seiner Persönlichkeit trägt der Ulcuspatient ein bewußtes Verlangen nach der behüteten Existenz des kleinen Kindes. Er verbirgt diese Abhängigkeitshaltung jedoch sorgfältig vor sich selbst und verdrängt sie, so daß sie keinen Ausdruck im äußeren Verhalten, in seinen persönlichen Beziehungen finden kann. Das verdrängte Verlangen nach dem Geliebtwerden ist der unbewußte psychologische Reiz, der direkt mit dem physiologischen Vorgang verknüpft ist, als dessen Endergebnis das Ulcus entsteht. Nicht alle Ulcuskranken kompensieren ihre Abhängigkeitssehnsüchte mit einem äußeren Feuerwerk von Tätigkeit und der Übernahme von Führerrollen und Verantwortung. Viele von Ihnen sind schließlich anlehnungsbedürftig. Bei solchen Menschen wird die Befriedigung der Anlehnungsbedürfnisse nicht durch innere Zurückweisung vereitelt, sondern durch äußere Umstände. Es macht den Eindruck, als sei der Kernfaktor bei der Pathogenese des Ulcus die Versagung der anlehnungsbedürftigen, hilfesuchenden und liebefordernden Sehnsüchte. Wenn diese Sehnsüchte in menschlichen Beziehungen keine Befriedigungen finden können, entsteht ein chronischer emotionaler Reiz, der eine spezifische Wirkung auf die Magenfunktion entfaltet.

Die Zusammenfassung für psychosomatische und psychoanalytische orientierte Arbeiten läßt an der wesentlichen Bedeutung psychischer Faktoren bei Entstehung und Verlauf des Magen-Duodenal-Ulcus keinen Zweifel. Bei den nicht psychisch oder psychoanalytisch orientierten Arbeiten wird zwar angenommen, daß lang anhaltende seelische Konflikte und Emotionen, Angst oder Spannungszustände zur Ulcusentstehung praedisponieren, in dem die Magensekretion stimuliert, die Motilität beeinflußt und die Mucosaresistenz erniedrigt wird. Ein auslösendes Ereignis kann Ausgangspunkt der Ulcusentstehung werden. Ein sicherer Beweis hierfür ist für viele Autoren jedoch nur schwer zu erbringen.

C) Epidemiologische Gesichtspunkte für Ulcushäufigkeit und Ulcusvorkommen

Das Ulcus ist seit Jahrhunderten bekannt, weltweit verbreitet und neigt öfter zum chronischen Verlauf. Nach Autopsiebefunden zu urteilen (25), bildete das Ulcus ventriculi ursprünglich den Hauptanteil an Ulcuserkrankungen, die überwiegend Frauen betrafen. Laut einer Statistik (25) aus England und Wales war die Ulcuserkrankung im Jahre 1867 bei jüngeren Frauen , die unter 35 Jahre alt waren, viel häufiger als bei jungen Männern. Das Verhältnis laut dieser Statistik war Männer : Frauen= 0,2 : 1. Bei Patientinnen, die älter als 35 Jahre waren, war das Verhältnis damals bei Männern : Frauen = 1 : 1. Beginnend mit dem 19. Jahrhundet stieg die Zahl der peptischen Ulcuserkrankungen stark an und das Verhältnis verschob sich zu Ungunsten der Männer. Laut dieser Statistik (25) war dieses Verhältnis bei den jüngern Gruppen unter 35 Jahre im Jahre 1912 Männer : Frauen = 0,5 : 1, im Jahre 1918 0,8 : 1 und bereits im Jahre 1924 1,4 : 1. Bei den Patienten über 35 war am Anfang kein signifikanter Unterschied festzustellen. Im Jahre 1924 war jedoch das Verhältnis Männer : Frauen = 2 : 1. Sowohl das Ulcus duodeni, als auch das Ulcus ventriculi bevorzugten laut damaliger Statistik (26) Patienten jenseits des 45. Lebensjahres.
An Autopsiematerial vorgenommene multizentrische Studien aus England ergaben, daß 2,5 % der männlichen Bevölkerung zwischen dem 25. und 44. Lebensjahr und 3,5 % zwischen dem 45. und 75. Lebensjahr zum Zeitpunkt ihres Todes an einem Ulcus duodeni litten (27). Zu derselben Zeit wurde eine auf klinischen und radiologischen Befunden basierende Studie durchgeführt, nach der etwa 7 % der arbeitenden männlichen Bevölkerung Englands Ulcera duodeni aufwiesen (8). Interessant scheint, daß Frauen, die neben ihrer Berufstätigkeit noch den Haushalt zu versorgen hatten,

2,5-mal häufiger an Ulcera duodeni litten, als Frauen, die lediglich etwas Hausarbeit hatten. Die letzte größere epidemiologische Studie an Ulcuspatienten wurde in Kopenhagen durchgeführt. In einem Kollektiv von 1475 Patienten betrug das mittlere Erkrankungsalter 49 Jahre, die größte Häufigkeit lag in der Altersgruppe zwischen dem 35. und dem 55. Lebensjahr. Laut Ergebnis dieser Studie sind sowohl das Ulcus ventriculi als auch das Ulcus duodeni Erkrankungen des höheren Lebensalters (9,12). Auch nach dieser Studie ist das Ulcus duodeni in der Häufigkeit deutlich vor dem Ulcus ventriculi zu finden und wird bei Männern 2 - 3 mal häufiger als bei Frauen beobachtet. Demgegenüber ist der Unterschied bei Patienten mit Ulcera ventriculi weniger ausgeprägt. In den Vereinigten Staaten beobachtete man, daß die Morbidität und Letalität an Ulcus duodeni bei der weißen Bevölkerung in den größeren Städten und im Osten Amerikas größer war als bei der schwarzen Bevölkerung auf dem Land oder in den Städten.

Den Beobachtungen stehen Befunde aus Südafrika gegenüber, die eine deutliche Zunahme der Ulcus-duodeni-Erkrankungen ausschließlich unter der schwarzen Bevölkerung Südafrikas zeigen (12). Eine erhöhte Anfälligkeit für ein Ulcus duodeni wurde auch kürzlich bei jüngeren, ungelernten Gastarbeitern in der Schweiz nachgewiesen (38). Auch in Österreich wurde festgestellt, daß ausländische Arbeiter häufiger an Ulcus duodeni als die österreichische Bevölkerung erkranken (21).

Der Einfluß sozial-kultureller Faktoren für die Epidemiologie der Ulcus-Erkrankungen wurde mehrfach bestätigt. Bei Personen, die aus einer Gemeinschaft ausgeschieden sind, die zuvor Anerkennung und Geborgenheit gewährte (z.B.bei Heimatvertriebenen, Flüchtlichen, Auswanderern), kommen häufig Ulcera vor.

Über die Epidemiologie des Ulcus und eine Zuordnung zu sozialen Klassen gibt es keine Einigkeit. Im allgemeinen wird das Ulcus in den Städten häufiger als auf dem Lande

gefunden. Dementsprechend sind die Landarbeiter und die Landwirte von der Ulcuskrankheit am wenigsten betroffen, während die Arbeiter in den Städten besonders häufig Ulcera haben. Man beobachtete, daß in den Industrieländern das Ulcusleiden viel häufiger als in den Agrarländern vorkommt. Interessant erscheint die Beobachtung, daß in den Industrieländern häufig in den untersten Schichten das gastro-duodenale Ulcusleiden vorkommt und in den Agrarländern in den mittleren und den oberen Schichten.

Nach PFLANZ (31) wird das Ulcus häufiger bei den sozial untersten Schichten angetroffen, die besonderen beruflichen Belastungen ausgesetzt sind: Nämlich dadurch, daß sie nur Vorgesetzte, aber keine Untergebenen haben. Weiterhin sei das Ulcus häufiger bei Werkmeistern, bei denen eine berufliche Ehrgeizhaltung eine Rolle spielt, die nie ganz befriedigt werden kann, weil sie keinesfalls die Stellung erreichen können, die z.B. Ingenieure oder Betriebsleiter innehaben.

Eine erbliche Veranlagung scheint gesichert. Ebenso wie Verwandte von Patienten mit einem Ulcus ventriculi häufiger ebenfalls an einem Ulcus ventriculi erkranken, haben Angehörige der Vertreter eines Ulcus duodeni eine 2 bis 3-fach höhere Disposition zum Ulcus duodeni (14). Die Träger der Blutgruppe 0 haben ein um das 30-bis 50-fache höheres Risiko, an einem Duodenalulcus zu erkranken, als Träger anderer Blutgruppen (1). Außerdem wurde beobachtet, daß die Blutgruppenantigene von Ulcus-duodeni-Patienten seltener in den Speichel sezerniert werden als von Ulcus-ventriculi-Patienten. Neuere Befunde zur Häufigkeit bestimmter Lymphoescytenoberflächenantigene (HLA) bei Ulcus-Patienten haben gezeigt, daß ein Ulcus duodeni signifikant häufiger bei Trägern des HLA- Antigens B 5 auftritt (33). Das Vorhandensein dieses genetischen Merkmals bedeutet eine um das 2,9-fache stärkere Prädisposition zum Ulcus duodeni als die

Kombination: Blutgruppe 0 und non-secretor-status (33). Neueste epidemiologische Untersuchungen berichteten, daß seit etwa 2 Jahrzehnten eine Abnahme der Ulkushäufigkeit beobachtet wird (27). So wurde innerhalb einer Zeitspanne von 1960 bis 1972 unter amerikanischen Arbeitnehmern und Streitkräften ein Rückgang des Ulcus duodeni um etwa 50 % beobachtet. Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine englische Studien, in der die Zahl im Zeitraum von 1958 bis 1972 der wegen eines Ulcus duodeni oder eines Ulcus ventriculi hospitalisierten Patienten analysiert wurde (11). Gegenüber 1958 nahm die Zahl der wegen eines nicht perforierenden Ulcus duodeni aufgenommenen Patienten um 9 % und die Zahl der wegen eines perforierten Ulcus duodeni behandelten Pataenten um 14 % ab.
Diesen Beobachtungen stehen Befunde aus Südafrika gegenüber, die eine deutliche Zunahme der Ulcus-duodeni-Erkrankungen ausschließlich unter der schwarzen Bevölkerung Südafrikas zeigen (12).
Das Geschwürleiden kommt zwar bisweilen schon in der Kindheit vor, ist aber erst vom 20. Lebensjahr ab eine häufige Krankheit. Nach fundierten Schätzungen haben oder hatten etwa 10 % der Bevölkerung bis zum 60. Lebensjahr ein peptisches Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür. Das Verhältnis von Magen zu Zwölffingerdarmgeschwüren beträgt 1 : 2 bis 1 : 3. Männer sind etwa dreimal so häufig betroffen wie Frauen. Aus heutiger Sicht nimmt das peptische Geschwür bei Frauen mit steigendem Alter zu, bei Männern hingegen zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr ab.

III. Fragestellung

A) Welchen Stellenwert haben psychische Faktoren bei Gastarbeitern bzw. bei deutschen Ulcuspatienten für das Vorkommen des Ulcus duodeni?

B) In welchem Verhältnis treten Ulcera ventriculi und Ulcera duodeni unter den Zuweisungsbedingungen eines Städtischen Krankenhauses im Großraum Westfalen auf?

C) Wie ist die Alterszusammensetzung und Geschlechtsverteilung bei Ulcuspatienten des Hauses.

D) Entspricht das behandelte Krankengut der echten Ulcusverteilung in der Bevölkerung oder handelt es sich um Vorselektion durch entsprechende Einweisungen?

IV. Patientengut und Untersuchungsverfahren

Die vorliegende Untersuchung wurde mit dem Krankengut eines mittleren Allgemein-Krankenhauses im westfälischen Industriegebiet durchgeführt. In den Jahren 1974 mit 1978 wurden dort unter insgesamt 6080 Kranken 258 Patientinnen und Patienten wegen eines gastroduodenalen Ulcus behandelt. Von den 6080 Patientinnen und Patienten waren 5200 Deutsche und 880 Ausländer. Von den Ulcus-Patientinnen und -patienten waren 165 Deutsche und 93 Ausländer.

A) Besonderheit des Patientengutes aufgrund der Zuweisung

Bei der deutschen Gruppe waren Patienten häufig mit kompliziertem Krankheitsverlauf wie Penetration, Verdacht auf Perforation, Therapieresistenz. Häufig war auch der Vermerk "Milieuwechsel" Ursache für die Überweisung in das Krankenhaus. Bei den ausländischen Gastarbeitern waren außer den oben genannten Komplikationen die ungünstige Unterbringung und die mangelnde Pflegemöglichkeit die primäre Ursache der stationären Überweisung. Darüberhinaus waren sicher auch die lauten

massiv und demonstrativ wirkenden Ausdrucksformen körperlicher Beschwerden bei den Ausländern die Ursache mancher Überweisung zur stationären Behandlung.

B) Besonderheiten der Diagnostik des Hauses

a) Gastroskopie

Die Gastroskopie ist erst 1975 im Haus eingeführt worden. Sie wurde anfangs nur als sekundäre Methode neben der Röntgenuntersuchung zur Diagnostik der Ulcera duodeni benützt. Seit 1976 wird die Gastroskopie routinemäßig bei allen Ulcera ventriculi und meistens bei unklaren oder bei negativen röntgenologischen Befunden, bei Anämien und bei uncharakteristischen Oberbauchbeschwerden durchgeführt. Man kann sagen, daß die Gastroskopie in der letzten Zeit weitgehend die radiologische Untersuchung verdrängt hat und zur primären Methode der Diagnostik wurde.

b) Röntgen-Untersuchung

Bis zur Mitte des Jahres 1975 war die Röntgendiagnostik die einzige Methode des Hauses zur Diagnostik des Ulcus duodeni. Jetzt wird sie auch noch eingesetzt, jedoch ist auffällig, daß dies für die Ulcusdiagnostik nicht mehr so häufig wie früher geschieht. Sehr häufig kommt es vor, daß beide Methoden zur Diagnostik benutzt werden. Von den 256 erfaßten Ulcuspatienten ist die Diagnose bei 99 durch Röntgenuntersuchung festgestellt worden, bei 79 durch Gastroskopie und bei 80 mit Hilfe beider Methoden.

c) Sekretionsanalyse

Anfangs wurde die Sekretionsanalyse bei einigen Patienten noch durchgeführt, später wurde diese Methode verlassen, da an der Effektivität der Sekretionsanalyse

Zweifel aufkamen. Eine indirekte Rolle spielte auch dabei die Tatsache, daß viele Patienten den Schlauch nicht schlucken wollten.

C) Kriterien der Auswertung

1. Anamnese
   a) Vorkrankheiten, insbesondere Infektionskrankheiten, Parasiten usw.
   b) Familienanamnese
2. Soziale Faktoren
   a) Wohnung
   b) Arbeit
   c) Familie
   d) Umgebung
3. Konsum-Faktoren
   a) Zigaretten
   b) Alkohol
   c) Rauschgift
4. Klinischer Befund
   a) Blutung
   b) Rezidiv
5. Befunde aus Röntgenuntersuchung und Gastroskopie
6. Labor
   a) MS Analyse
   b) Leberwerte
   c) Blutzucker
   d) Blutbild
   e) BSG
   f) Gesamteiweiß
7. EKG (Vagotonie-Zeichen)
8. Die gezielte Frage an den Patienten:
   "Was meinen Sie, warum haben Sie ein Geschwür?"

V. Ergebnisse

A) Vorstellung des untersuchten Krankengutes

In den Jahren 1974 mit 1978 wurden insgesamt 258 Patienten wegen einem Ulcus behandelt. Davon waren 162 Patienten mit Ulcera duodeni und 96 Patienten mit Ulcera ventriculi. Dies entspricht einem Verhältnis von 1,69 : 1.
Das Verhältnis von Ulcus duodeni zu Ulcus ventriculi betrug: bei deutschen Männern 1,24 : 1
bei deutschen Frauen 1 : 1,18
bei ausländ. Männern 4,79 : 1
bei ausländ. Frauen 1,4 : 1 (Tab. 1)
Das Verhältnis von Ausländern zu Deutschen betrug
bei Ulcus duodeni 1 : 1,19
bei Ulcus ventriculi 1 : 4,05
von ausländischen Männern zu deutschen Männern
bei Ulcus duodeni 1 : 1,07
bei Ulcus ventriculi 1 : 4,14
von ausländischen Frauen zu deutschen Frauen
bei Ulcus duodeni 1 : 2,29
bei Ulcus ventriculi 1 : 3,8

Diese Ergebnisse sind verfälscht, weil die Gesamtzahl der Patienten nicht berücksichtigt wurde. Berücksichtigt man die Gesamtzahl der Patienten der letzten vier Jahre, so ergibt sich folgendes Ergebnis:
Von den 5200 deutschen Patienten hatten 165 ein Ulcus, das sind 3,17 %, von 880 ausländischen Patienten hatten 93 ein Ulcus, das sind 10,57 %.
72 deutsche Männer und 16 deutsche Frauen hatten ein Ulcus duodeni, das sind 1,6 %.
Deutsche Männer mit Ulcus duodeni waren 1,38 %, deutsche Frauen mit Ulcus duodeni waren 1,22 %.
67 ausländische Männer und 7 ausländische Frauen hatten ein Ulcus duodeni, das sind 8,41 %.

Ausländische Männer mit Ulcus duodeni waren 7,61 %, ausländische Frauen mit Ulcus duodeni waren 0,8 %. Das Verhältnis der Deutschen : Ausländern war 1 : 3,33, der deutschen Männer : ausländischen Männern war 1 : 5,51 der deutschen Frauen : ausländischen Frauen war 1 : 3,64 (Tab. 4).

Von den 5200 deutschen Patienten hatten 77 ein Ulcus ventriculi, das sind 1,48 %.

Deutsche Männer mit Ulcus ventriculi waren 1,11 %, deutsche Frauen mit Ulcus ventriculi waren 0,37 %.

Von den 880 ausländischen Patienten hatten 19 ein Ulcus ventriculi, das sind 2,1 %.

Ausländische Männer mit Ulcus ventriculi waren 1,59 %, ausländische Frauen mit Ulcus ventriculi waren 0,56 %. Das Verhältnis der Deutschen : Ausländern war 1 : 1,42, der deutschen Männer : ausländischen Männern war 1 : 1,43 der deutschen Frauen : ausländischen Frauen war 1 : 1,51 (Tab. 4).

Von den 258 Ulcuspatienten waren 4 unter 20 Jahre alt, davon je ein Ausländer mit Ulcus duodeni und Ulcus ventriculi und 2 deutsche Männer. Zwischen 20 und 29 Jahren alt waren 36 Patienten, und zwar 17 ausländische Männer, eine ausländische Frau und 16 deutsche Männer mit Ulcus duodeni, 2 Ausländer mit Ulcus ventriculi. Bei den 56 Patienten zwischen 30 und 39 Jahren handelt es sich um 28 ausländische Männer, 9 deutsche Männer, 4 ausländische Frauen und 3 deutsche Frauen mit Ulcus duodeni, sowie 2 ausländische Männer, 8 deutsche Männer und 2 ausländische Frauen mit Ulcus ventriculi. Zwischen 40 und 49 Jahren waren 62 Patienten, davon 18 ausländische Männer, 13 deutsche Männer, 2 ausländische Frauen und 5 deutsche Frauen mit Ulcus duodeni, sowie 5 ausländische Männer, 12 deutsche Männer, eine ausländische Frau und 6 deutsche Frauen mit Ulcus ventriculi. Über 50 Jahre waren 107 Patienten, davon 3 ausländische Männer, 32 deutsche Männer, 7 ausländische Frauen und 8 deutsche Frauen mit

Ulcus duodeni, sowie 4 ausländische Männer, 38 deutsche Männer, 2 ausländische Frauen und 13 deutsche Frauen mit Ulcus ventriculi (Tab. 2).

B) Ergebnisse aus der Gruppe der Gastarbeiter

Anhand der Krankenhausunterlagen und persönlicher, klinischer, röntgenologischer und gastroenterologischer Untersuchungen sind zwischen 1974 und 1978 insgesamt 103 Ausländer an peptischem Ulcus untersucht worden. Zehn Krankenblätter waren unvollständig und sind deshalb unbewertet geblieben. Magenbeschwerden ohne Ulcus sind nicht berücksichtigt worden. Von den ausgewerteten 93 ausländischen Patienten waren 81 Männer und 12 Frauen. Daß die Männergruppe überwiegt, hängt davon ab, daß sie allein ohne Familie leben. Von 81 Männern litten 67 an einem Ulcus duodeni und 14 an Ulcus ventriculi. Von den 12 Frauen litten 7 an Ulcus duodeni und 5 an Ulcus ventriculi. Das Durchschnittsalter, sowohl bei ausländischen Männern wie auch bei den Frauen war 35 Jahre. Das Verhältnis von Ulcus duodeni : Ulcus ventriculi der ausländischen Männer war mit 4,79 : 1 überdurchschnittlich hoch. Es ist wohl dadurch bedingt, daß es sich um verhältnismäßig jüngere Patientengruppen handelt, lediglich 3 Patienten mit Ulcus duodeni waren über 50 Jahre alt. Das Verhältnis von Ulcus duodeni : Ulcus ventriculi bei ausländischen Frauen war 1,4 : 1. Wenn man die Kriterien der Auswertung betrachtet, sind folgende interessante Gesichtspunkte festzustellen (s.Tab. 3):

1. Rezidivneigung

Etwa 63 % der ausländischen Gastarbeiter mit Ulcus duodeni neigen zu Rezidiven gegenüber 50 % der ausländischen Ulcus-ventriculi-Patienten. Bei den ausländischen Frauen neigen etwa 28,5 % zu rezidiv bei Ulcus duodeni und etwa 40 % bei Ulcus ventriculi.

2. Vagotonie
Anhand des EKG (betontes vagotones T, Bradykardie) zeigten 37,3 % der Ulcus-duodeni-Patienten Vagotoniezeichen. Von den Ulcus-ventriculi-Patienten waren es lediglich 14,28 %. Bei ausländischen Frauen zeigten 14 % Vagotoniezeichen bei Ulcus duodeni, bei Ulcus ventriculi keine einzige Patientin.

3. Blutung
19 % der Ulcus-duodeni-Träger und 14 % der Ulcus-ventriculi-Träger hatten bei der Aufnahme Blutungen. Die Blutungsgefahr bei ausländischen Frauen war auffallend höher, etwa 43 % bei Ulcus duodeni und 20 % bei Ulcus ventriculi.

4. Operation
Von den ausländischen Patienten mußten 6 % der Ulcus-duodeni-Träger und 7 % der Ulcus-ventriculi-Träger operiert werden. Es wurde keine einzige Vagotomie durchgeführt, lediglich Magenresektionen nach B I oder B II. Bei ausländischen Frauen sind keine Operationen wegen Ulcus duodeni durchgeführt worden. Die Ulcus-ventriculi-Trägerinnen wurden zu 40 % operiert.

5. In keinem einzigen Fall konnte bei Ausländern das Ulcus als Zweitkrankheit erfaßt werden. Nikotin und Alkohol schienen ebenfalls keine Rolle zu spielen. Auch die Blutsenkungsbeschleunigung war bei den ausländischen Patienten nicht beschleunigt, eher erniedrigt. Auffällig war das Vorkommen von erniedrigtem Gesamteiweiß.

C) Ergebnisse aus der Gruppe der deutsche Ulcus-Patienten

Insgesamt wurden 165 deutsche Ulcus-Patienten untersucht. Davon waren 130 Männer und 65 Frauen. Das Ulcus duodeni kam 72-mal bei Männern und 16-mal bei Frauen vor. Das

Ulcus ventriculi kam 58-mal bei Männern und 19-mal bei Frauen vor. Das Verhältnis von Ulcus duodeni zu Ulcus ventriculi betrug bei den deutschen Männern 1,24 : 1, bei den deutschen Frauen 1 : 1,18. Das Durchschnittsalter der Männer mit Ulcus duodeni war 44 Jahre und bei den deutschen Frauen mit Ulcus duodeni 52 Jahre. Das Durchschnittsalter deutscher Männer mit Ulcus ventriculi war 54 Jahre, der deutschen Frauen mit Ulcus ventriculi 57 Jahre.
Wenn man die Kriterien der Auswertung betrachtet, ist folgende interessante Feststellung zu machen:

1. Rezidivneigung
Etwa 42 % der deutschen Männer und 50 % der deutschen Frauen mit Ulcus duodeni neigen zu Rezidiven. 52 % der deutschen Männer und 21 % der deutschen Frauen mit Ulcus ventriculi neigen zu Rezidiven.

2. Vagotonie
19,5 % der deutschen Männer mit Ulcus duodeni zeigten im EKG Vagotoniezeichen. Deutsche Frauen mit Ulcus duodeni zeigten keine Vagotoniezeichen im EKG. Bei Ulcus ventriculi zeigten etwa 7 % der deutschen Männer und 10,5 % der deutschen Frauen Vagotniezeichen.

3. Blutung
18,06 % der Männer und 25,0 % der deutschen Frauen erlitten Blutungen mit Auftreten des Ulcus duodeni. Bei Ulcus ventriculi zeigten 31 % der deutschen Männer und 37 % der deutschen Frauen eine Blutung.

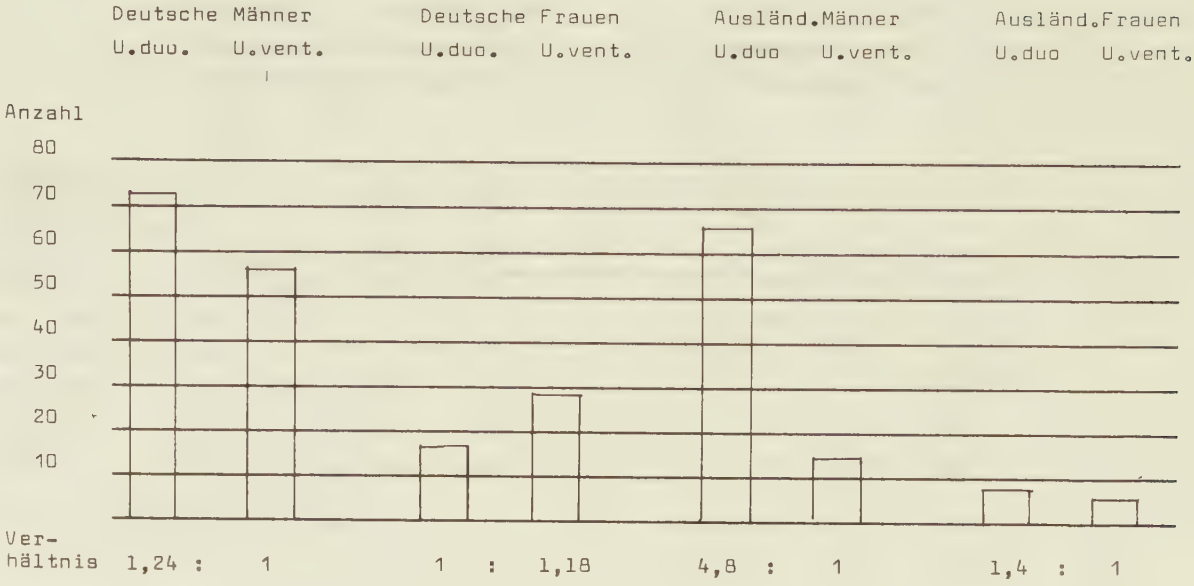
4. Operation
2,78 % der deutschen Männer mit Ulcus duodeni und 5,17 % dar deutschen Männer mit Ulcus ventriculi wurden operiert Bei den deutschen Frauen mit Ulcus duodani mußten 6,25 % operiert werden, mit Ulcus ventriculi dagegen keine einzige Patientin.

5. Eine Blutsenkungsbeschleunigung war bei den deutschen Patienten vorhanden. Bei 2,5 % fand sich eine Zweitkrankheit, z.B. eine Lebererkrankung oder ein Diabetes militus Auch bei den deutschen Patienten war auffällig, daß das Gesamteiweiß erniedrigt war.

D) Gegenüberstellung von A und B

Ausländer erkranken am gastro-duodenalen Ulcus deutlich häufiger als deutsche Patienten.
In dem erfaßten Patientengut erkrankten 3,17 % der Deutschen an einem Ulcus und 10,57 % der Ausländer. Bei den deutschen Männern betrug die Häufigkeit der Erkrankung an Ulcus duodeni 1,38 %, bei den deutschen Frauen 1,16 %. Bei den ausländischen Männern betrug die Häufigkeit der Erkrankung an Ulcus duodeni 7,61 %, bei ausländischen Frauen 0,8 %. Das Verhältnis der Deutschen zu den Ausländern betrug beim Ulcus allgemein 1 : 3,33. Bei Ulcus duodeni war das Verhältnis der deutschen zu den ausländischen Männern 1 : 5,51, bei den deutschen zu den ausländischen Frauen 1 : 3,64. Auffällig ist die Neigung zu Rezidiven bei den ausländischen Männern und bei deutschen Frauen mit Ulcus duodeni. Die Rezidivquote bei Ulcus ventriculi war bei den beiden Männergruppen annähernd gleich bei ausländischen Frauen doppelt so hoch. Die Operation betreffend war auffällig, daß Operationen häufiger bei Ausländern vorgenommen wurden. Die Vagotoniezeichen waren etwa doppelt so häufig bei Ausländern zu finden wie bei den Deutschen. Die Neigung zu Blutungen war etwa ähnlich in beiden Gruppen. Die Blutsenkung war bei der deutschen Patientengruppe stärker erhöht als bei den Ausländern. Auch fanden sich bei deutschen Patienten mehr Begleiterkrankungen als bei den Ausländern.

Übersicht zum Verhältnis ces Vorkommens von Ulcus duodeni und Ulcus ventriculi bei ausländischen und deutschen Patienten



Tab. 1

Altersverteilung der Patienten

	Ulcus duodeni				Ulcus ventriculi			
Jahre	AM	DM	AF	DF	AM	DM	AF	DF
unter 20	1	2	0	0	1	0	0	0
20 - 29	17	16	1	0	2	0	0	0
30 - 39	28	9	4	3	2	8	2	0
40 - 49	18	13	2	5	5	12	1	6
über 50	3	32	7	8	4	38	2	13
	67	72	14	16	14	58	5	19
Durchschnittsalter (auf- u. abgerundet):	35	44	36	52	42	54	47	57

AM = ausländische Männer
DM = deutsche Männer
AF = ausländische Frauen
DF = deutsche Frauen

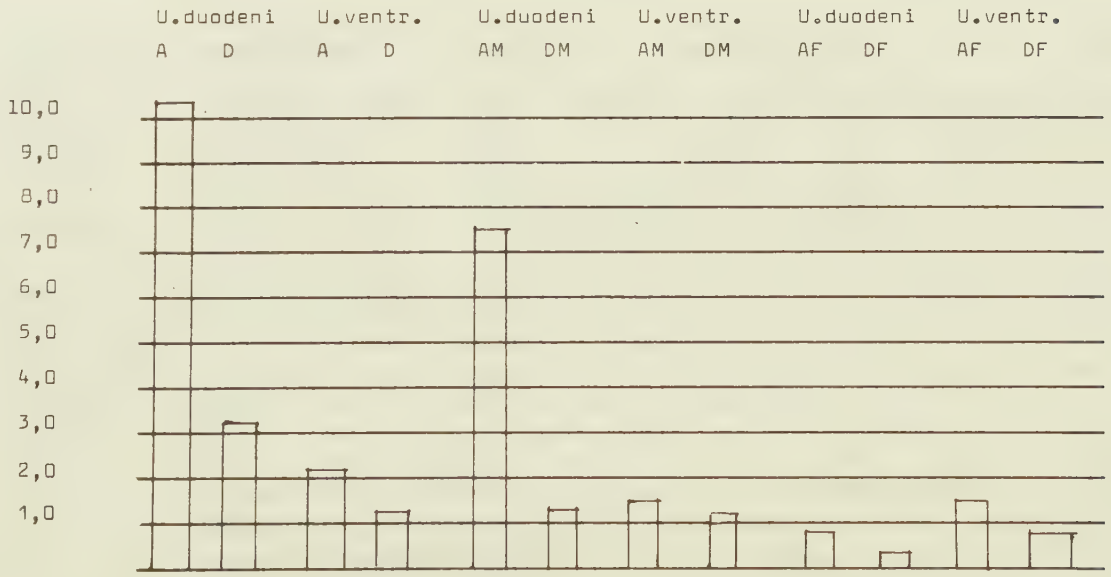
Tab.2

Angaben über Komplikationen und Durschschnittsalter

	Deutsche (Gesamtzahl 165)				Ausländer (Gesamtzahl 93)			
	Männer (130)		Frauen (35)		Männer (81)		Frauen (12)	
	U.duo.	U.vent.	U.duo.	U.vent.	U.duo.	U.vent.	U.duo.	U.vent.
	72	58	16	19	67	14	7	5
rezidiv	30	30	8	4	42	7	2	2
	41,67 %	51,72 %	50 %	21,05 %	62,69 %	50 %	28,57 %	40 %
operiart	2	3	1	0	4	1	0	2
	2,78 %	5,17 %	6,25 %	0 %	5,97 %	7,14 %	0 %	40 %
Vagotonie	14	4	0	2	25	2	1	0
	19,44 %	6,9 %	0 %	10,53 %	37,31 %	14,28 %	14,29 %	0 %
Blutung	13	18	4	7	13	2	3	1
	18,06 %	31,03 %	25 %	36,84 %	19,4 %	14,28 %	42,86 %	20 %
Durchschnitts-alter	44 J	54 J	51 J	57 J	35 J	42 J	36 J	47 J

Tab. 3

Übersicht zum Zahlenverhältnise der Ausländer und Deutschen mit Ulcus duodeni bezw. Ulcus ventriculi bezogen auf die Gesamtzahl der Patientea



A = Ausländer
D = Deutsche
AM = ausländ. Männer
DM = deutsche Männer
AF = ausländ. Frauen
DF = deutsche Frauen

Tab. 4

VI. Diskussion

A) Diskussion der Befunderhebung, des Patientengutes, sowie der Diagnostik

Bei den Patienten ist stets eine Allgemeinanamnese erhoben und dabei die Sozialanamnese ausführlich berücksichtigt worden. Bei den Ausländern wurde ein ausführliches Gespräch geführt unter folgenden Gesichtspunkten:

1. über die Gründe, welche die ausländischen Arbeitnehmer bewegt haben, nach Deutschland zu kommen;
2. über ihre Vorstellungen von Verdienstmöglichkeiten, Arbeitsplatz, Wohnverhältnissen, Beziehungen zu der Bevölkerung hier und über die Sprachschwierigkeiten bei der Einreise;
3. über den Familienstatus (ob sie ledig oder verheiratet sind oder Kinder haben, ob sie noch eine Beziehung zu den Eltern und Geschwistern haben und ob sie vorhaben, diese Familienmitglieder finanziell zu unterstützen);
4. über ihre jetzigen Arbeitsbedingungen, ihr Verhältnis zu deutschen Kollegen und über Kontakte zu deutschen Familien;
5. über Eßgewohnheiten zu Hause und hier;
6. über Wohnmöglichkeiten und die Aufenthaltsgenehmigung;
7. über Heimweh;
8. über frühere Erkrankungen, insbesondere ob jemals ein Ulcus oder typische Ulcusschmerzen bestanden, außerdem ob Magenschmerzen bei Angehörigen vorkommen;
9. ob sich Erwartungen erfüllt haben oder ob man sich hier fremd fühlt;
10. was früher gearbeitet wurde und ob der Einzelne vom Lande oder aus der Stadt kommt.

Bei mangelhaften deutschen Sprachkenntnissen des Patienten konnte das Gespräch nur mit Hilfe der eigenen Sprachkenntnisse oder mit Hilfe ausländischer Ärzte, Dolmetscher, bzw. über Kinder von Patienten, die hier zur Schule gehen, geführt werden.
Mit deutschen Patienten wurde das Anamnesegespräch nicht so ausführlich geführt. Eingehend wurde lediglich nach der sozialen Anamnese, der Familienanamnese, der Ulcusanamnese und nach Eß- und Trinkgewohnheiten gefragt.

Diskussion des Patientengutes
Das Patientengut ist in verschiedener Hinsicht vorselektiert: Die deutschen Patienten wurden nur dann eingewiesen, wenn Komplikationen des Ulcusleidens oder eine Therapieresistenz vorlagen. Patienten ohne Komplikationen kamen lediglich, wenn der Hausarzt aus familiären Gründen auf einen Milieuwechsel Wert legte oder wenn in sehr seltenen Fällen die Pflegemöglichkeiten nicht ausreichten.
Die Ausländer waren vor ihrer Einreise gesundheitlich durch die Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit in den betreffenden Ländern vorselektiert. Etwa 10 % der Bewerber wurden von vornherein abgelehnt. Hinzu kommt, daß nur verhältnismäßig junge Patienten es wagen, wegen ökonomischer Gründe ins Ausland zu gehen. Ferner kommen mehr Männer als Frauen nach Deutschland. Somit ist die Geschlechtsverteilung nicht repräsendativ. Es gibt auch bei der stationären Behandlung einen gravierenden Unterschied zwischen deutschen und ausländischen Patienten: Während die Deutschen, wie oben erwähnt, nur bei Komplikationen u.a. vom Hausarzt eingewiesen wurden, kamen die Ausländer meist wegen ihrer Schmerzen ohne Überweisung ins Krankenhaus, entweder weil sie sich im Krankenhaus geborgener fühlten oder weil sie vom Anfang an Angst hatten, daß der Arzt sie nicht einweisen wird; oder sie wollten aus anderer Ursache im Krankenhaus bleiben.
Die prakt. Ärzte neigen offenbar dazu, die ausländischen

Patienten wegen mangelnder Pflege und ungenügender Unterbringung schneller in ein Krankenhaus einzuweisen als es normalerweise aus rein medizinischen Gründen erforderlich wäre. Insgesamt erreichen anteilmäßig mehr ausländische Ulcus-Patienten das Krankenhaus verglichen mit den deutschen Ulcus-Trägern.

Diskussion der Diagnostik

Üblicherweise beruht die Ulcusdiagnose auf folgenden Verfahren:

a) Anamnese unter Berücksichtigung folgender Merkmale:
   1. Ulcustypische Nüchternschmerzen, die sich auf Nahrungsaufnahme und Antacida bessern;
   2. Verlauf der Erkrankung in Schüben;
   3. Lokalisation und Charakter der Schmerzen;
   4. Jahreszeit der Schübe;
   5. Bewertung anderer Symptome, wie Übelkeit, Sodbrennen, Brechreiz usw.;
   6. die Frage nach Komplikationen, insbesondere Blutung;

b) röntgendiagnostisch
   1. Prallfüllung mit dosierter Kompression;
   2. Doppelkontrastmethode;

c) Endoskopie.

Die Diagnosen Ulcus duodeni oder ventriculi wurden in der vorliegenden Arbeit nur gestellt, wenn ein eindeutiger positiver Röntgenbefund vorlag oder wenn die Endoskopie einen zweifelhaften röntgenologischen Befund durch Ulcusnachweis ergänzt hatte bzw. als primäre Methode das peptische Ulcus erkennen ließ. Ulcussymptome allein ohne positiven röntgenologischen oder endoskopischen Befund wurden nicht berücksichtigt. Aus diesen Gründen scheint die diagnostische Sicherheit des Ulcus in dem untersuchten Krankengut gegeben. Die Magensekretionsanalyse wurde nicht bewertet, weil sie nur sporadisch angewandt wurde. Außerdem wurden häufiger unbrauchbare Ergebnisse erhalten

wegen der unrichtigen Lage der Sonde (eine Lagekontrolle mittels Durchleuchtung wurde kaum gemacht) und wegen der unzureichenden Kooperation mit den Patienten und dem Labor.
Nach Erfahrung sind die Anamneseerhebung und der körperliche Untersuchungsbefund von untergeordneter Bedeutung für die Diagnosestellung beim Ulcuspatienten. Die in der Literatur angegebenen typischen Ulcusschmerzen hatten nicht einmal die Hälfte der Ulcuspatienten. Zahlreiche Studien, u.a. Untersuchungen an der Erlanger Klinik (38) und Studien aus Zürich (19) erhärten diese Ansicht.
Das Röntgenverfahren wurde in dieser Klinik bis Mitte 1975 als einziges sicheres Verfahren zur Ulcusdiagnose angewandt. Ab Mitte 1975 wurde dieses Verfahren von der Endoskopie verdrängt. Man benützt das Röntgenverfahren zur Zeit als sekundäre Methode der Diagnostik, und zwar zur Abklärung von Passagestörungen und bei Vorliegen von Pylorus- oder Bulbusstenose und bei Patienten, die von vornherein eine Endoskopie ablehnen.

Diskussion der Gesprächsergebnisse
Die Gründe, welche die meisten Gastarbeiter nach Deutschland geführt haben, waren meist finanzieller Art: Sie wollten unbedingt einen besseren sozialen Status erzwingen und sie haben dies auch teilweise erreicht, indem sie zu Hause von ihrem Geld Häuser bauen ließen und kleine Geschäfte eröffneten. Der Preis allerdings, den sie hier bezahlen mußten, war nach ihrer Auffassung sehr hoch. Die ausländischen Patienten äußerten sich freimütig, daß sie niemals noch einmal nach Deutschland kommen würden. Es war erschreckend und bitter zu hören, wie sich ihre Vorstellungen, die sie vor der Einreise hatten, hier nicht erfüllt haben. Die Verdienstmöglichkeiten blieben weit hinter ihren Erwartungen zurück. In ihren Heimatländern haben die Patienten ihr Gehalt meist in Brutto berechnet. Sie haben hier erst erfahren, daß viele Abgaben zu lei-

sten sind. Am Anfang konnten sie das nicht verstehen. In ihren Heimatländern haben sie nur daran gedacht, wieviel man verdient, aber nicht daran, wieviel man zum Leben braucht. Sie haben gedacht, daß sie in Deutschland nur so viel zum Leben brauchen, wie zu Hause. Auch ihre Vorstellung, daß man die Umgangssprache in einigen Monaten lernen und sich bald mit anderen verständigen kann, wurde erbarmungslos zerstört. Nun wollen die Ausländer die Sprache nicht mehr lernen, da dies viel Zeit und Geld kostet und sie bald nach Hause zurückgehen wollen, bzw. müssen. Von den Deutschen zeigten sich die ausländischen Patienten sehr enttäuscht. Vor der Einreise dachten sie, daß die Deutschen kameradschaftlich, arbeitsam und gerecht sind. Jetzt sind sie der Meinung, daß die Deutschen Kapitalisten seien, die nur Chef sein wollen und nur die saubere Arbeit machen. Keiner will mit ihnen eine Beziehung haben, abgesehen von Betrunkenen und sehr armen Menschen. Erstaunlicherweise stören die ausländischen Patienten ihre Wohnverhältnisse, die tatsächlich menschenunwürdig sind, nicht. Nur die hohen Mieten, die sie zahlen müssen und die nach ihrer Auffassung kein Deutscher für so eine Wohnung zahlt, führt zu Verbitterung und zu dem Gefühl, daß sie ausgenutzt werden. Ihre Art, sich zu ernähren, haben die Ausländer nicht geändert. Ihre Erwartungen haben sich hier insgesamt in keiner Weise erfüllt und sie fühlen sich fremd und verloren. Viele meinen, daß sie das Leben hier versäumt haben. Sie würden gerne nach Hause zurückkehren, wollen aber noch ein bißchen Geld verdienen. Früher waren die ausländischen Patienten laut ihren Angaben kerngesund und erst hier wurden sie schwer krank. Wenn sie aber auf Urlaub in ihren Heimatländern sind, ist ihre Erkrankung wie weggeblasen.

Heimweh haben die Ausländer nur bei beleidigenden Situationen, in Einsamkeit und Mißerfolg. Wenn sie das Gefühl haben, immer "zurückstecken" zu müssen, und daß sie kaum etwas zu sagen haben, sind die ausländischen Patienten

voller Heimweh nach zu Hause, wo sie Freunde haben und geliebt und geachtet sind. Die meisten Ausländer in Deutschland sind verheiratet, haben zu Hause Kinder und fühlen sich verpflichtet, ihre gesamte Familie zu unterstützen. Früher haben sie meistens auf dem Feld gearbeitet und wären nicht hierher gekommen, hätten sie eine "saubere Arbeit" gehabt. Fast alle ausländischen Patienten meinen, daß sie ihr Ziel nicht erreicht haben und daß sie eine qualifiziertere Arbeit leisten können. Bei der deutschen Patientengruppe fiel auf, daß die meisten Ulcusträger unter 60 Jahren aus der unteren sozialen Schicht stammen und meinen, in einer ausweglosen Situation zu sein. Mehrere von ihnen hatten eine Zweiterkrankung, am häufigsten Lebererkrankungen durch Alkoholismus. Auffälligerweise meinen die meisten der beiden Patientengruppen, daß Ärger und Nervosität die Ursache ihrer Erkrankung sind.

B) Diskussion der Ergebnisse

Nach den Ergebnissen dieser Arbeit kommen Ulcera duodeni bei ausländischen Arbeitnehmern in Deutschland, verglichen mit dem Krankheitsvorkommen bei einheimischen Patienten, auffallend häufig vor. Andere Arbeiten aus der Schweiz (WÜRSCH und Mitarbeiter (38)) und Arbeiten aus Österreich (HARTL und PÜRGYI (21)) berichten Ähnliches über diesen Zusammenhang. Nach JENNY (24) läßt sich bei 80 % der Ulcus-duodeni-Patienten ein sogenanntes Migrationsphänomen feststellen, also ein Erkranken durch die Verpflanzung aus dem ursprünglich bekannten und vertrauten in einen neuen Lebensraum. Laut der Zusammenstellung dieser Arbeit (Tab. 4) sind Ausländer, welche eine begrenzte Aufenthaltserlaubnis haben und mit dem Ausländerstatus noch belastet sind (schlechte Sprachkenntnisse, schmutzige Arbeit, schlechte Wohnung, soziale Isolierung u.a.) siebenmal mehr bedroht, an einem Ulcus zu erkranken

als Deutsche. Auch die Komplikationen des Ulcus scheinen bei der ausländischen Patientengruppe häufiger zu sein als bei der deutschen, insbesondere bei den Männern. Das Durchschnittsalter ist bei Ausländern viel niedriger als bei den Deutschen. Obwohl bei deutschen Patienten in einer Vergleichsgruppe nur solche bis zu 50 Jahren berücksichtigt wurden, war das Durchschnittsalter der ausländischen Patienten um rund 10 Jahre niedriger als das der deutschen. Das Durchschnittsalter der Deutschen war laut Statistik annähernd 45 Jahre und der Ausländer 35 Jahre. Die Berücksichtigung der Vagotoniezeichen im EKG (Bradykardie und vagotones T) ist bisher in keine bekannte Statistik aufgenommen worden. Sie brachte überraschende Ergebnisse: 19 % der deutschen Männer, welche Ulcusträger waren, zeigten Vagotoniezeichen gegenüber 37 % der ausländischen Männer mit Ulcus duodeni. Auf Grund des Vergleichs und der Befunderhebung besteht die Meinung, daß das Ulcusleiden auf der Basis nervöser Dysfunktion sich relativ häufig entwickelt. Man muß davon ausgehen, daß viele Faktoren für die Entstehung eines peptischen Geschwürs pathogenetisch wirksam sind und nicht nur verschiedene aggressive und defensive Faktoren. Die Wertung der pathogenetischen Bedeutung von aggressiven und defensiven Faktoren in der Literatur ist nicht zutreffend. Vielleicht hat man zu lange an der Theorie der Hyperazidität festgehelten. Dies hat der Forschung und der Erklärung der Pathogenese des Ulcus pepticum im Wege gestanden. Auch die Bedeutung des Gemütslebens und dessen Einfluß auf das zentrale Nervensystem und die Ulcusentstehung wurde vernachlässigt, wahrscheinlich weil sie sehr schwer nachzuweisen ist. Möglicherweise spielt der Zusammenhang zwischen Gemütsleben und dem zentralen Nervensystem eine entscheidende Rolle in der Pathogenese der Hypersekretion und der Ulcusentstehung. Man ging bisher in der Forschung der Ulcuspathogenese wahrscheinlich in die falsche Richtung oder man suchte an falschem Ort. Gegenwärtig erscheinen

zahlreiche Arbeiten, die die Hypersekretion allein für die Entstehung eines Ulcus für nicht ausreichend erachten. MIRSKY und Mitarbeiter (29) meinten bereits, daß die Hyperazidität nicht ausreicht für die Entstehung eines Ulcus und daß eine bestimmte sozial-psychologische Situation eine prädisponierende, angeborene Hypersekretion aktiviert und dann zur Ulcusentstehung führt. Eine solche angeborene Hypersekretion ist nicht vorhanden. Sie entsteht erst durch belastende psychische Situationen, und zwar über die Stimulierung des Nervus vagus, welche zur Hypersekretion führt. Am ehesten sind die hier mitgeteilten Beobachtungen mit der Meinung von PFLANZ (18) in Einklang zu bringen: PFLANZ nimmt auf Grund seiner Erfahrungen an, daß ein Geschwür immer und nur dann entsteht, wenn Menschen bestimmter Wesensart in bestimmte immer gleiche Konfliktsituationen geraten. Solche Situationen führen über den Vagus ebenfalls zu einer Hypersekretion. Sie reichen jedoch allein nicht aus für das Entstehen eines Ulcus. Es müssen noch andere pathogenetische Faktoren hinzukommen, die mit der Haltung dieser Menschen gegenüber ihren psychisch belastenden Situationen im Zusammenhang gebracht werden können. Darunter sind Haltungen zu verstehen der Art, wie man erlebt, was einem zustößt und wie man damit umgeht. Es erscheint außerdem wichtig, ob psychisch belastende Situationen überwindbar oder ob sie chronisch sind. Episodenartige Situationen, die schnell überwunden werden können, sind nicht ausreichend für das Entstehen eines Ulcus. Wenn dies doch geschieht, dann wird dieses Ulcus nicht zur Rezidivierung neigen. Chronisch persistierende Streßsituationen führen jedoch zur chronischen Reizung des Magens, welche in vielen Fällen zum Ulcus führt. Manchmal schafft der Mensch sich selbst eine chronische Streßsituation, indem er seine Fähigkeiten falsch einschätzt und einen übertriebenen falschen Ehrgeiz entwickelt, den er nicht befriedigen kann. LENZ (26) fand bei 2/3 seiner Ulcuskranken eine

ausgesprochene ehrgeizige Haltung. HECHT (21) fand bei Ulcuskranken ein besonders hohes Anspruchsniveau, bei dem aber in der Realität die Leistung weit hinter den Ansprüchen zurückgeblieben ist. Es ist erstaunlich, wie häufig diese Aussagen auch auf das hier untersuchte Patientengut zutreffen. Über die medizinisch soziologische Korrelation mit der Geschwürkrankheit liegen viele Untersuchungsergebnisse vor. Die Ansichten von ALVERAZ (3), daß das Ulcusleiden vor allem bei tüchtigen, aktiven Geschäftsleuten typisch ist und häufig vorkommt, konnten nicht bestätigt werden. In diesem Zusammenhang gleichen die Erhebungen denen von PFLANZ (31) und anderen Autoren, die das Ulcusvorkommen in den unteren sozialen Schichten beschreiben. Auch die Meinung von HÄFNER und Mitarbeiter (20), daß sich die Krankheitshäufigkeit bei ausländischen Gastarbeitern nach etwa 3 Jahren der der Deutschen angeglichen habe, konnte nicht bestätigt werden. Das Gegenteil ist nach der vorliegenden Erhebung der Fall. Insbesondere das Ulcus duodeni und das Ulcusrezidiv steigen proportional mit der Dauer des Aufenthalts, wenn der Aufenthalt begrenzt ist. Die medizinische Forschung hat der Aufdeckung der Ursachen des Ulcusrezidivs kaum Beachtung geschenkt. Nach den vorliegenden Beobachtungen wird das Ulcus immer wieder rezidivieren, solange die Ursachen verborgen bleiben.

C) Die praktische Bedeutung der Befunde für eine Bewertung und Behandlung der Ulcera bei Gastarbeitern und bei Deutschen

Experimentelle Arbeiten stützen die Annahme, daß ein ursächlicher Faktor bei der Ulcusentstehung die dauernde Sekretion unter dem Einfluß chronisch psychischer Reize ist. Diese Arbeit, welche sich vorwiegend mit ausländischen Arbeitern mit befristetem Aufenthalt und unter dauerndem psychischem Streß stehend befaßt, bestätigt

teilweise die oben genannte Ansicht. Auch wird festgestellt, daß das Ulcus duodeni bei Gastarbeitern häufiger vorkommt.

Die heutige Ulcustherapie erfolgt in Anlehnung an die bisher bekannten patho-genetischen Faktoren fast ausschließlich mit dem Ziel, das gestörte Gleichgewicht zwischen defensiven und aggressiven Faktoren zugunsten der defensiven Faktoren zu verschieben. Dabei kann die Hemmung der aggressiven Faktoren ebenso Erfolg haben, wie eine Förderung der defensiven Faktoren. Leider ist aber von den therapeutischen Methoden keine unumstritten. Lediglich der therapeutische Einfluß von Bettruhe und Nikotinabstinenz ist im positiven Sinn gesichert. Eines steht fest: Die Konzentration der Therapie auf die lokalen Symptome und die Vernachlässigung der Persönlichkeitsfaktoren ist ein Fehler. Der pathogenetische Prozeß soll nach Möglichkeit erforscht und zum Stillstand gebracht werden; d.h. neben den lokalen, somatischen Gesichtspunkten sind psycho-soziale Faktoren in Betracht zu ziehen. Die psycho-analytische Theorie über die Pathogenese des Geschwürleidens hat durch die Ulcusbehandlung mittels Vagusdurchtrennung in einer indirekten Weise Bestätigung gefunden. In der Tat ist dieses therapeutische Vorgehen eine außerordentliche Bereicherung für die Ulcusbehandlung. Leider ist die Methode, obwohl zahlreiche überzeugende Arbeiten ihren Wert bestätigen, weitgehend noch auf Universitätskliniken und größere Krankenanstalten beschränkt. Es ist dringend erforderlich, daß auch kleinere chirurgische Abteilungen, die Ulcusoperationen durchführen, insbesondere bei Ausländern, diese Methode übernehmen. Die Vagotonie verändert jedoch nicht die psychischen Konflikte der Kranken, welche die primäre, in einer Wirkungskette schließlich zur Ulceration führende Störung darstellen. Aus diesem Grunde neigen vagotonierte Patienten dazu, eine Reihe von anderen Störungen zu entwickeln. Es ist daher sinnvoll, ein psychotherapeutisches Minimal-

programm in die Ulcustherapie einzubeziehen. Das Positivste wäre in diesem Zusammenhang eine ideale Arzt-Patient-Beziehung. Diese kann jedoch nur zustandekommen, wenn der Arzt sehr viel Geduld und Zeit für seine Patienten aufbringt. Er muß ein Klima schaffen, in dem Gelegenheit gegeben wird, sich als Patient über Fühlen und Lebensbelastungen zu äußern. Anhand der gewonnenen Informationen sollte der Arzt dann entscheiden, ob er die konservative, die chirurgische oder die psychotherapeutische Möglichkeit in Anspruch nehmen muß. Eine aufwendige psychoanalytisch begründete Behandlung ist in Anbetracht der Häufigkeit des Ulcus nur in seltenen Fällen möglich und auch notwendig, wenn nämlich psychosomatische Zusammenhänge deutlich sind und ein Ulcusrezidiv häufig ist. Dies ist jedoch aus verschiedenen Gründen bei ausländischen Arbeitern nicht möglich. Bei ihnen sollte immer das Idealziel die Verhütung des Ulcusleidens sein und nicht die Behandlung der Ulcussymptome. Ohne daß dies berücksichtigt wird, werden alle Bemühungen von geringer Effektivität bleiben. Wenn man berücksichtigt, mit welchen Vorstellungen Gastarbeiter nach Deutschland kommen und welche Enttäuschungen sie hier erleiden, welche dann zur Ulcusbildung führen, muß man zu folgenden Schlüssen kommen:

1. Die Selektion ausländischer Arbeitskräfte durch die Auslandsstellen der Bundesanstalt für Arbeit in den Heimatländern erfolgt rein aufgrund des organischen Gesundheitszustandes vor der Einreise in die Bundesrepublik und reicht nicht aus. Es sollte noch vor der Einreise in die Bundesrepublik eine psychologische Untersuchung vorgenommen werden. Man müßte mit Fingerspitzengefühl bei jedem Gastarbeiter versuchen herauszufinden, welche allgemeinen Vorstellungen von der Zukunft er hat und ob diese in der Bundesrepublik realisierbar sind. Für solche Untersuchungen sind nur Ärzte

geeignet, die die Mentalität des betreffenden Volkes, wie auch die Verhältnisse hier in Deutschland genau kennen.

2. Die Familiensituation muß mehr als bisher berücksichtigt werden. Familienväter, welche mehrere Kinder in ihren Heimatländern haben und sie dort lassen müssen, sind als ungeeignet für eine Arbeitnehmertätigkeit im Ausland zu betrachten. Im anderen Fall ist bereits die Konfliktsituation programmiert und ein Ulcusleiden kaum vermeidbar, welches letzten Endes eine Operation notwendig machen kann.

3. Da die Sprache die Grundvoraussetzung jeder Verständigung ist, sollte vor dem Beginn jeder Arbeit im Ausland ein Nachweis über Sprachkenntnisse verlangt werden, z.B. der Grundstufe A eines Sprachinstitutes. Dies ist wirtschaftlich vertretbar. Es kostete ein Zwei-Monats-Grundkurs für Ausländar bis 1978 an einem Institut in Dortmund 400 DM, in einem Goethe-Institut kosteten zwei Monate mit Unterbringung etwa 1900 DM. Die Vorfinanzierung könnte durch Staat, Kirchen oder Arbeitgeber geschehen. Außerdem wäre diese Methode die beste zur Selektion von Schwarzarbeitern.

4. Verbale Vorschläge und vereinzelte Aktionen für die Gastarbeiter nützen nur einem Teil der Ausländer und nur dem aktiven, intelligenten Teil, der von solchen Möglichkeiten hört und sie nützt. Der größere Teil ausländischer Arbeitnehmer hört von diesen Vorschlägen überhaupt nichts und bleibt benachteiligt. Eine wirkliche Hilfe für diese Menschen, wenn sie in der Bundesrepublik sind, kann durch die Bundesregierung, die Kirchen und Wohlfahrtseinrichtungen gegeben werden, indem Rechtsanwälte zur Verfügung gestellt werden, welche speziell mit den Problemen der

Ausländer befaßt sind. Ihre Namen und Anschriften sollten jedem ausländischen Arbeitnehmer und jedem Sozialhelfer bekannt, bzw. zugänglich sein.

5. Jeder Arbeitnehmer muß vor seiner Einreise genau aufgeklärt werden, was er hier netto verdienen wird. Auch muß er vor der Ausreise erfahren, was er hier zum Leben braucht. Er muß eine realistische Vorstellung über Land und Leute des Gastlandes, über Verdienst und Wohnmöglichkeiten vermittelt bekommen.

6. Die Beziehung Arzt- ausländischer Patient sollte verbessert werden. Dies ist jedoch ohne Sprachkenntnisse beider Seiten äußerst schwierig. Die Diagnostik kostet sehr viel Zeit und Geld und wird von keiner Seite honoriert. Aus diesem Grund scheint die Forderung nach Grundsprachkenntnissen berechtigt. Die ausländischen Arbeitnehmer sollten auch aufgeklärt werden, daß es einen Hausarzt gibt und daß sie von seiner Behandlung Gebrauch machen können. Falls der Gastarbeiter dies tut, wird die notwendige Kosteneinsparung erheblich unterstützt. Ansonsten werden die ausländischen Arbeitnehmer immer wieder in das Krankenhaus ohne Überweisung kommen und dort wegen psychosomatischer Störungen 4 Wochen und länger behandelt werden. Es werden dann alle diagnostischen Möglichkeiten eingesetzt und eine stationäre Behandlung durchgeführt. Dies ließe sich durch zweckmäßige hausärztliche Krankenführung vermeiden.

VII. Allgemeine Zusammenfassung

In einer Untersuchung an 256 Patienten mit gastroduodenalem Ulcus der Jahre 1975 mit 1978, entnommen dem Krankengut eines mittleren städtischen Krankenhauses im Ruhrgebiet, wird den Ursachen der Verteilung und der Häufigkeit des gastro-duodenalen Ulcus bei deutschen und ausländischen Arbeitnehmern nachgegangen.
Die Ergebnisse lassen erkennen, daß Gastarbeiter wesentlich stärker gefährdet sind, ein gastro-duodenales Ulcus zu entwickeln, insbesondere wenn sie bestimmten Altersgruppen angehören und unter besonderen äußeren Belastungen stehen.
Die Ursachen der zweifellos größeren Krankheitshäufigkeit bei Gastarbeitern werden diskutiert. Auch werden Vorschläge für eine Prophylaxe des Ulcusleidens bei Gastarbeitern entwickelt und Möglichkeiten ihrer Verwirklichung besprochen.

Literaturverzeichnis

1. AIRD, I.
BENTALL, H.H.
MEHIGAN, J.A.
ROBERTS, J.A.F.
The blood groups in relation to paptic ulceration and carcinoma on colon, rectum, breast, and branchus. Brit.med.J.1954 II, 315-321

2. ALEXANDER, F.
Psychosomatische Medizin, Verlag Walter Gruyter, Berlin-New York 1977

3. ALEXANDER, F.
Psychosomatische Medizin, Verlag Walter Gruyter, Berlin-New York 1977

4. ATKINSON, M.
HENLEY, K.S.
Levels of intragastric and intraduodenal acidity. Clin.Sci. 14 (1955) 1-14

5. BIRNBAUM, D.
Peptic Ulcer and the cantral nervous systemaetiology and management. Clin.Gastroent. 2 (1873) 245

6. BLUM, A.L.
SIEWERT, J.R.
Ulcus-Therapie, Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1978

7. BLUM, A.L.
SONNENBERG, A.
HESS, H.
WÜRSCH, T.G.
WALSER, R.
KOEZ, H.R.
PELLONI, S.
SCHMID, P.
Ulcar like symptoms are specific but not sensitive signs of ulcer disease. Gastroenterology 74 (1978), 1116

8. BONNEVIE, O. The incidence of duodenal ulcer in Copenhagen county. Scand. J. Gastroent. 10 (1975) 385

9. BONNEVIE, O. The incidence of gastric ulcer in copenhagen county. Scand. J. Gastroent. 10 (1975) 231

10. BRÄUTIGAM, W.
CHRISTIAN, P. Psychosomatische Medizin, Thieme-Verlag 1975 Stuttgart

11. BROWN, R.C.
LANGMANN, M.J.S.
LAMBERT, P.M. Hospital admissions for peptic ulcer during 1958 - 1972. Brit.med.J. I (1976) 35

12. COOKE, S.A.R. Perforated duodenal ulcer in the Black population of Central Johannesburg. Brit.J.Surg. 64 (1977) 791

13. DEMLING, L.
RÖSCH, W. Peptische Läsion im Lichte von Aggression und Protektion. Verlag Gerhard Witzstrock Baden-Baden, Köln, New York 1978

14. DOLL, R. The separate inheritance of gastric and duodenal ulcers. Ann.Eugen. 16 (1951) 231

15. FRÜHMORGEN, P.
JENNY, S.
CLASSEN, M.
BAUERLE, H.
KOCH, H.
DEMLING, L. Anamnese bei Ulcus und Narben im Bulbus duodeni. Dtsch med. Wschr. 97 (1977) 188

15. GILLIES, M.
SKYRING, A.
Gastric and duodenal ulcer. The association between aspirin ingestion smoking and family histora of ulcers. Med.J.Aus.56 2 (1969) 280

17. GLATZEL, H.
Hdb.d.Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd.III. Hrsg.V.E.Frankl, V.E.v.Gebsattel und J.H.Schultz. Urban & Schwarzenberg, Berlin-München 1959

18. GLATZEL, H.
Ulcuspersönlichkeit und Ulcuserlebnis. Die Bedeutung der abnormen Erlebnisreaktion in der Äthiologie des Ulcus pepticum ventriculi und duodeni. Ergebn. inn.Med. 65 (1945) 504

19. GÜNZBURG, F.
Zur Kritik des Magengeschwürs, insbesondere des perforierenden. Arch.physiol.Heilk. 11 (1852) 516

20. HÄFNER, H.G.
MOSCHEL, G.
OZEK, M.
Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. Nervenarzt 48 (1977) 268

21. HARTL, O.
PÜRGYI, P.
Die Ulkuskrankheit bei Gastarbeitern. Wien med.Wschr. 125 (1975) 169

22. HECHT, J. Studies in motivation. Hrsg. D.C.Mc.Clelland, Appleton Cen. NewYork 1955

23. HENNING, N. NORPOTH, L. Untersuchungen über die sekretorische Funktion des Magens während des nächtlichen Schlafes. Arch.Verd.Krankh. 53 (1933) 64

24. JENNY, S. Vortrag auf der 31.Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- u. Stoffwechselkrankheiten in Travemünde. Zitat Med.Tribune 12 (1977) 3

25. LANGMAN, M.J.S. Gastric ulcer: natural history and treatement. Aust.N.Z.J.Med.6, Suppl. 1 (1976) 22

26. LENZ, H. Zur Psychosomatik des Ulcuskranken Monatsk.ärztl.Fort. 5 (1955) 1

27. MENDELOFF, A.J. What has been happening to duodenal ulcer. Gastroenterology 67 (1974) 1020

28. MIRSKY, A. Physiologic, Psychologic and social Determinantes in the Etiology od Duodenal Ulcer Am.J.Digest, Dis.9, N.S. 3 (1958) 285

29. MIRSKY, A. Physiologic, Psychologic and social Determinantes in the Etiology of Duodenal Ulcer Am.J.Digest, Dis.9, N.S. 3 (1958) 285

30. OVERBECK, G. — Vortrag auf der IV. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Ulm 5.-6.3.1976: Ulcus-Kranke: Neurotisch oder nicht? Selecta 41 (1976)

31. PFLANZ M. — Sozialer Wandel und Krankheit Enke-Verlag Stuttgart 1962

32. RHODES, J. PRESTWICH, C. — Acidity at different sites in the procimal duodenum of normal subjekts and patients with duodenal ulcer. Gut 7 (1966) 509

33. ROTTER, J.I. RIMOIN, D.L. GURSKY, J.M. TERASAKY, P. STURDEVANT, R.A.L. — HLA - B 5 associates with duodenal ulcar. Gastroenterology 73 (1977) 438

34. SAUL, L.J. — Hostility in Cases of Essential Hypertension. Psychosom.Med. 1 (1939) 153

35. WOLFF, H.G. WOLF, S. — Studies on a Subject with a Large Gastric Fistula, changes in the Function of the Stomach in Association with Varying Emotional States. Tr.A.Am. Physicians 57 (1942) 115

36. WORMSLEY, K.G. GROSSMAN, M. — Maximal histalog test in control subjects and patients with peptic ulcer. Gut. 6 (1965) 427

37. WORMSLEY, K.G. Thes pathophysiology of duodenal ulceration. Gut 15 (1974) 59

38. WÜRSCH, T.G.H.
HESS, H.
WALSER, R.
KOELZ, H.R.
PELLONI, S.
VOGEL, E.
SCHMID, P.
BLUM, A.L.. Die Epidemiologie des Ulcus duodeni. Dtsch.med.Wschr. 103 (1978) 613

Für die Überlassung des Themas, für die wertvolle und unermüdliche Hilfe und Geduld spreche ich Herrn Professor Dr. med. L. Maiwald meinen innigsten Dank aus.

Herrn Professor Dr. med. H. A. Kühn danke ich für die Übernahme des Korreferats.

Lebenslauf

Am 20. Juni 1942 wurde ich in Bouetate/Syrien als achtes von zwölf Kindern geboren. Meine Eltern waren Suleiman Ide und Amina Kadur.
Von 1949 bis 1954 besuchte ich die Volksschule in Ktelbije, daraufhin bis 1958 die Mittelschule in Latakia und bis 1962 das Gymnasium in Japple, wo ich auch das Abitur machte.
Im Jahr 1963 kam ich nach Deutschland, besuchte das Goethe-Institut in Radolphszell und das Studienkolleg der Universität Würzburg. Ab 1965 studierte ich an der Universität Würzburg Medizin, wechselte 1971 an die Universität Hamburg über und legte dort 1972 mein Staatsexamen ab.
Meine Zeit als Med.Ass. leistete ich im Kreiskrankenhaus Bogen ab. Vom Mai 1974 bis Oktober 1975 arbeitete ich als Ass.Arzt in Wesel. Ab Oktober 1975 war ich Ass.Arzt in Hagen, wo ich am 1.5.77 zum Oberarzt ernannt wurde. Im Mai 1979 bekam ich die Facharztanerkennung für innere Medizin.
Seit 1972 bin ich verheiratet und habe zwei Kinder.
Die deutsche Staatsbürgerschaft besitze ich seit Dezember 1979.

Ali IDE

Druck: Böhler-Verlag 87 Würzburg, Seilerstr. 10-10a